In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Carcinomes cutanés

- Les cancers cutanés épithéliaux ou carcinomes cutanés sont les plus fréquents des cancers humains en général et des cancers cutanés en particulier..

On distingue trois grands types de carcinomes cutanés :

- Les carcinomes basocellulaires (CBC), les plus fréquents (2/3 des carcinomes cutanés chez le sujet immunocompétent) sont des tumeurs d'évolution lente, essentiellement locale, qui ne métastasent pour ainsi dire jamais.
- Les carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes (CE) ont une évolution locale beaucoup plus agressive et peuvent métastaser. Ils représentent 1/3 des carcinomes cutanés.
- Les carcinomes annexiels, issus des annexes épithéliales, pilo-sébacées et sudorales, rares (1 p. 100), mais agressifs et susceptibles de métastaser.

Le carcinome basocellulaire

Epidémiologie

Incidence : 70 / 100 000 habitants par an (France). En Australie, l'incidence est augmentée à 400 cas pour 100 000 habitants par an.

La plupart des carcinomes cutanés surviennent après 50 ans.

Il existe des maladies congénitales rares prédisposant à leur développement comme le **xeroderma pigmentosum(**déficit congénital en enzymes de réparation d'ADN**)**, et le syndrome des **hamartomes basocellulaires**,Le syndrome de Muir et Torre

Précurseur

Le CBC ne survient pas sur une lésion précancéreuse.

Facteurs étiologiques :

Le soleil (80 p. 100 d'entre eux surviennent sur des zones photoexposées)

- Deux types d'exposition solaires peuvent être néfastes : les expositions intermittentes aiguës sur une peau non préparée (coups de soleil sur une courte période de vacances) ou l'exposition chronique (expositions répétées sur de longues années au rayonnement solaire).

Les autres agents carcinogènes : Ce sont essentiellement les rayons ultra-violets (cabines UV, photothérapie.

Diagnostic

Diagnostic positif

Le CBC survient dans les **zones photoexposées** dans plus de 85 p. 100 des cas. Le CBC ne métastase **pas** mais a un potentiel invasif local pouvant entraîner une destruction tissulaire importante. Il n'est **jamais** localisé sur les **muqueuses**.

Son incidence maximale est située entre **45 et 60 ans**, sans prédominance de sexe.

Topographie :

Le CBC survient dans les zones photoexposées dans plus de 85% des cas. (surtout le visage)

Il n'est jamais localisé sur les muqueuses

Typiquement le CBC est une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui va s'étaler progressivement. Il existe plusieurs variétés anatomo-cliniques de gravité variable.

1. Le **CBC nodulaire** (60 p. 100 des cas).
2. Le **CBC sclérodermiforme**.
3. Le **CBC superficiel ou pagétoïde**.
4. Les **formes pigmentées ou tatouées**
5. **Les formes ulcéreuses**
6. **Les formes térébrantes**.

Anatomie-pathologique : Typiquement, le CBC est formé d'amas cellulaires compacts de petites cellules basophiles à limites nettes, à disposition périphérique palissadique. Ils peuvent s'associer à une certaine fibrose du derme. Les formes infiltrantes ou sclérodermiformes sont associées à un stroma dense et fibreux.

Diagnostic différentiel

Il se pose essentiellement avec: le **carcinome épidermoïde**, plus rarement le **mélanome** dans les formes pigmentées.

Evolution, pronostic

Le CBC n'entraîne pas de métastase (ni ganglionnaire ni viscérale), mais a un potentiel invasif local pouvant entraîner des destructions tissulaires importantes.

Traitement

Le **traitement de choix** est la **chirurgie** car elle permet un **contrôle histologique** de la pièce d'exérèse. Les marges d'exérèse varieront de quelques millimètres à un centimètre en fonction des critères de gravité définis plus haut.

- La cryochirurgie (azote liquide).

- Radiothérapie (électron- ou curiethérapie)
- La photothérapie dynamique topique,
- Une chimiothérapie est rarement nécessaire.

Traitement préventif

Il repose sur la photoprotection et le suivi régulier des malades à risques.

Carcinome épidermoïde

Epidémiologie

05 à 20 pour 100 000 habitants/an en France. En Australie, l'incidence est de 250 pour 100 000 habitants. Ici encore le degré **d'ensoleillement** et le **phototype** sont des facteurs de risques importants.

Comme les CBC, la plupart des CE surviennent de manière apparemment **sporadique**.

Cependant, il existe aussi des maladies congénitales prédisposant à leur développement comme : le **xeroderma pigmentosum**, **l'épidermodysplasie verruciforme** (PVH oncogènes) ,Albinisme oculo-cutané .

Précurseurs

Contrairement au CBC, le CE survient souvent sur une lésion précancéreuse. Les plus fréquentes sont

- Les kératoses photo-induites (kératoses actiniques ou dite « séniles ») ;
- Les radiodermites ;
- Les cicatrices de brûlures et autres cicatrices ;
- Les plaies chroniques telles que les ulcères de jambes ;
- Certaines lésions muqueuses virales à PVH.

Facteurs étiologiques :

1) ***Le soleil :*** Le soleil est responsable de la formation de lésions précancéreuses
2) ***Les papillomavirus humains :*** *Le deuxième facteur carcinogène important est viral : il s'agit des papillomavirus oncogènes(16 ,18,31,33,35). L'infection par ces virus prédispose aux CE des muqueuses.*
3) ***Autres carcinogènes :***
   - L'exposition aux radiations ionisantes
   - L'arsenic
   - Tabac (en particulier incriminé dans le CE de la lèvre inférieure).

Diagnostic

Diagnostic positif

Le CE, d'apparition plus tardive que le CBC, après 60 ans, est souvent précédé de **lésions précancéreuses**. L'atteinte des **muqueuses** n'est pas rare.

Il s'agit typiquement d'une lésion **croûteuse**, **jaunâtre**, **indurée** avec **ulcération** centrale. Elle peut parfois prendre un caractère végétant ou bourgeonnant.

Topographie : le carcinome epidermoide s'observe sur la peau et les muqueuses.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel le plus difficile, clinique et parfois histologique, se pose avec le **kératoacanthome**,le carcinome basocellulaire,le melanome et certaines tumeurs cutanées bénignes .

Anatomie pathologique

Le CE se définit histologiquement comme une prolifération de cellules de **grande taille** organisée en **lobules** ou en **travées** plus ou moins anastomosées, souvent mal limitées, de disposition **anarchique**. Il existe de nombreuses **mitoses** et des **atypies cytonucléaires**. La tumeur **envahit** plus ou moins profondément. Selon le degré d'infiltration du derme et de franchissement de la membrane basale, on parle de carcinome **in situ**, de carcinome **micro-invasif** ou de carcinome **invasif**.

Evolution, pronostic

Tout CE doit être considéré comme potentiellement agressif.

L'évolution de proche en proche du CE soit par **infiltration** soit le long des **vaisseaux** ou des **nerfs** est agressive et peut aboutir aux premiers relais **ganglionnaires** ou cheminer par voie hématogène jusqu'aux organes internes (poumons, foie, cerveau etc.). On recherchera donc toujours une **adénopathie** dans le **territoire de drainage**.

Les CE muqueux (lèvres, régions ano-génitales) sont de **moins bon pronostic** du fait de la plus grande fréquence des **extensions ganglionnaires**.

Traitement

Traitement curatif de la tumeur primitive

Le traitement de choix est la **chirurgie** car elle permet un contrôle **histologique** de la pièce d'exérèse et permet ainsi d'affirmer son caractère **complet ou non**. Les marges d'emblée sont plus larges que pour les CBC, proches du **centimètre**.

Les autres méthodes : (malades inopérables ou pour certaines localisations). La **radiothérapie** **cryochirurgie**, la **chimiothérapie** ,immunothérapie(Imiquimod),Rétinoides,Diclofénac topique et Thérapies ciblées

Traitement des atteintes ganglionnaires

Curage ganglionnaire +/- irradiation en cas d'effraction de la capsule ganglionnaire.

Traitement préventif

Il repose avant tout sur la **photoprotection** et le suivi régulier des **patients à risques** ainsi que sur le traitement des **lésions précancéreuses**.

- ***Prévention primaire:***

- repose avant tout sur la photoprotection
- Campagne d'information contre le tabac et les IST
- le suivi régulier des patients à risques,maladies génétiques

- **Prévention secondaire:**

- le traitement des lésions précancéreuses(kératoses actiniques,leucoplasie)
- Surveillance:cicatrices de brulures,radiodermite,ulcère de jambe

- **Prévention tertiaire:**

- Surveillance de la cicatrice d'exérèse
- Surveillance du reste du tégument à la recherche d'un deuxième cancer